

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU MÉGACÔLON CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 8 Mars 1944

PAR

FAHIM GHALY SOLIMAN

DIPLOMÉ DE MÉDECINE COLONIALE

né le 30 Janvier 1916, à Delingat (Egypte)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(MENTION UNIVERSITÉ)

<i>Examineurs de la Thèse</i>	{	MM. BOUDET, <i>professeur, président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		TURCHINI, <i>professeur.</i>		
		BOUCOMONT, <i>agrégé.</i>		
		D ^r LAFON, <i>chargé d'agrégation.</i>		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3

1944

GHALY SOLIMAN (Fahim)..

Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant. — *Montpellier, impr. de la Presse, 1944, in-8°, 66 pp., 2 gravures.*

(Thèse médecine, *Montpellier, 1944, n° 1*).

GHALY SOLIMAN (Fahim).-

Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant. — *Montpellier, impr. de la Presse, 1944, in-8°, 66 pp., 2 gravures.*

(Thèse médecine, *Montpellier, 1944, n° 1*).

GHALY SOLIMAN (Fahim).-

Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant. — *Montpellier, impr. de la Presse, 1944, in-8°, 66 pp., 2 gravures.*

(Thèse médecine, *Montpellier, 1944, n° 1*).

GHALY SOLIMAN (Fahim).-

Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant. — *Montpellier, impr. de la Presse, 1944, in-8°, 66 pp., 2 gravures.*

(Thèse médecine, *Montpellier, 1944, n° 1*).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
MÉGACÔLON CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 8 Mars 1944

PAR

FAHIM GHALY SOLIMAN

DIPLOMÉ DE MÉDECINE COLONIALE

né le 30 Janvier 1916, à Delingat (Egypte)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(MENTION UNIVERSITÉ)

<i>Examineurs de la Thèse</i>	{	MM. BOUDET, <i>professeur, président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		TURCHINI, <i>professeur.</i>		
		BOUCOMONT, <i>agrégé.</i>		
		D ^r LAFON, <i>chargé d'agrégation.</i>		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3

1944

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

MM.

Anatomie	J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
	GIRAUD, doyen.
	MASSABUAU, ass.
Clinique chirurgicale	LAPEYRE.
	P. DELMAS.
Clinique obstétricale	EUZIERE, doyen. hon.
Clinique des maladies mentales et nerveuses ..	BOUDET.
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1er âge ..	MARGAROT.
Clinique de dermato-syphiligraphie	ETIENNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	JEANBRAU.
Clinique des maladies des voies urinaires	N...
Clinique gynécologique	DEJEAN.
Clinique ophtalmologique	TERRACOL.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	

Charges de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIEILLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.

MM.

Chimie	MONNIER, agrégé.	Clinique de la	
Microbiologie . .	CARRERE, agrégé.	tuberculose . .	VIDAL, professeur.
Hist. nat. méd.	HARANT, agrégé.	Pathologie chir..	MOURGUE-
Pharmacologie..	HARANT, agrégé		MOLINES, agr.
Pathologie méd.	BOUCOMONT, agr.	—	TRUC, agrégé.
—	BERT, agrégé.	Chir. experim. .	GUIBAL, agrégé.
Propédeut. méd.	P. RIMBAUD, agr.	Médecine opér..	ROUX, agrégé.
Clin. interne ..	PUECH, professeur.	Accouchements .	CADERAS
Clin. des mal.			DE KERLEAU, agr
contagieuses . .	JANBON, profes.	Stomatologie . .	HOUPERT, docteur en
			médecine.

Agrégés en exercice

MM.

MM.

Médecine	P. RIMBAUD.	Chirurgie	MOURGUE-
—	BOUCOMONT.		MOLINES.
—	BERT.	—	GUIBAL.
—	LAFON, ch. d'agr.	—	ROUX.
Chimie	MONNIER.	Urologie	TRUC.
Bactériologie . .	CARRERE.	Accouchements .	CADERAS
Hist. nat. méd.	HARANT.		DE KERLEAU.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*Leur vie est un symbole du travail
et du sacrifice.*

Je lui dois ce que je suis.

*Témoignage de mon affectueuse
reconnaissance et de mon amour filial.*

A MES SŒURS

*Je vous unis dans un même senti-
ment d'affection et de tendresse.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUDET

*Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*En témoignage de notre infinie
gratitude et de notre respectueux dé-
vouement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TURCHINI

En témoignage de notre profond respect et de notre gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
BOUCOMONT

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ LAFON

Profonde reconnaissance.

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

Hommage de respectueuse admiration.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU MEGACOLON CHEZ L'ENFANT

I. — INTRODUCTION

La première observation concernant cette maladie a été rapportée par RUYSH, au milieu du XVII^e siècle. PARY, BILLARD et AMMON donnent une description du mégacôlon chez l'enfant au milieu du XIX^e siècle. Depuis, on a vu que les observations et la description des cas se multiplient et deviennent plus nombreuses.

En 1846, FAVELLI en décrit le premier cas observé chez l'adulte. Puis, GAY, JACOBI, BARTH, CHAPMANN, publient de nouvelles observations.

En 1888, c'est HIRSCHSPRUNG, dans une conférence, qui donna la première description anatomique et clinique de l'affection qui devait porter son nom.

Depuis ce moment, HIRSEL a ajouté des renseignements importants concernant la symptomatologie, la pathogénie et le traitement du mégacôlon. Parmi les principales études nous notons, en France, celles de MARFAN, COMBY, VARIOT, TUFFIER, PIERRE DUVALE; en Allemagne, les travaux de GOEBEL, MUSKENS; en Angleterre et en Amérique, les études de BROUDBENT, HAWKINS, etc...

Grâce à la radiologie et la rectoscopie, BENSAUDE et SORREL, dès 1911, insistent sur la grande fréquence des formes frustes de l'affection.

II. — ETIOLOGIE

L'étiologie de la maladie de Hirschsprung ne nous arrêtera pas longtemps, car nous savons trop peu de choses à son sujet. Si nous ne connaissons pas les causes efficientes du mégacôlon, nous savons, néanmoins, que l'âge et le sexe peuvent y jouer le rôle d'une cause prédisposante. La maladie de Hirschsprung est, en effet, avant tout une maladie de l'enfance, surtout de la première enfance; sur 88 cas de la statistique de LOWENSTEIN (1907), citée par BENSAUDE, la maladie s'est rencontrée:

- 55 fois à la naissance;
- 13 fois au cours de la première année;
- 13 fois entre 1 et 20 ans;
- 7 fois entre 20 et 70 ans;
- 2 fois après 70 ans.

Elle frappe deux fois et demi plus de garçons que de filles (70 garçons, 30 filles, d'après BROCA).

Les causes qui déclanchent cette maladie semblent occasionnelles; on a pu l'observer après des changements de régime, sevrage, mauvaise alimentation provoquant la constipation. On a vu la maladie s'installer chez des enfants, à la suite d'un régime exclusivement végétarien. L'affection peut débiter à la suite de troubles atteignant le tube

digestif: fièvre typhoïde (KONGELZNY), dysenterie (OPPLER), etc... On a aussi accusé les maladies intercurrentes: rougeole (FROELICH), tuberculose (HIRSCHSPRUNG), syphilis (LOEPER), etc... d'être la cause de l'affection.

Souvent, le mégacôlon s'associe à des signes d'hypothyroïdie ou à des stigmates d'infantilisme.

Enfin, cette affection est répandue surtout chez des enfants nés avant terme.

III. — PATHOGENIE

Il y a trois grandes théories essayant d'expliquer la pathogénie de l'affection :

1. — *L'idée d'une malformation congénitale* devait évidemment venir à l'esprit, théorie soutenue par HIRSCHSPRUNG. Comme arguments expliquant cette théorie, on a :

a) l'absence à l'autopsie de lésions anatomiques pouvant provoquer le développement d'un mégacôlon ;

b) le mégacôlon est une maladie plus fréquente dans la première enfance qu'à l'âge adulte ;

c) la coexistence, dans certains cas (NEUGEBAUER), d'une hypertrophie du côlon sigmoïde et de la vessie (maladie congénitale de toute la région, étant donné que la vessie et le rectum dérivent tous deux de l'allantoïde) ;

d) la constatation, pendant l'autopsie, d'autres anomalies congénitales (PÉHU).

Mais cette théorie n'est pas admise par d'autres auteurs qui considèrent que l'absence à l'autopsie des lésions anatomiques est due à l'absence de l'endurcissement au formol de ces pièces et qu'à l'ouverture de l'abdomen il s'est produit un bouleversement de tous les rapports anatomiques existants, rapports pouvant consister en coudures, torsions, etc...

Ils ont un autre argument, notamment : si le mégacôlon est une malformation congénitale, pourquoi l'hypertrophie, étant primitive, rétrocede après une opération qui lève l'obstacle qui semble l'avoir provoqué?

Et, enfin, pourquoi n'a-t-on jamais observé de mégacôlon à l'autopsie de fœtus ou de prématuré?

2. — *Mégacôlon, affection acquise en rapport avec une malformation congénitale :*

D'après MARFAN et d'autres auteurs, le mégacôlon est une affection qui se développe après la naissance. Il y a plusieurs causes à favoriser sa formation :

a) une coudure de l'intestin avec une longueur anormale de l'anse sigmoïde. Cette coudure se produit le plus souvent au niveau de l'union de l'anse sigmoïde et du rectum, exceptionnellement au niveau de l'angle colique gauche. Comme résultat de cette coudure, on a une stase fécale et une évacuation très difficile des matières, qui sera la cause d'une hypertrophie des parois intestinales et de la formation du syndrome de Hirschsprung;

b) une torsion intestinale. Pour qu'elle se produise, elle exige non pas une longueur anormale de l'anse sigmoïde, comme dans le cas d'une coudure, mais un rapprochement de ses deux extrémités, rapprochement qui n'est observé que rarement chez l'enfant, mais souvent chez l'adulte;

c) des replis ou volvules, formant un véritable diaphragme et qui peuvent être la cause de rétention des matières dans l'anse sigmoïde;

d) un spasme qui, seul ou s'ajoutant à une malformation congénitale, peut provoquer la maladie. Cette théorie spasmodique est confirmée par la guérison, dans certains

cas, par le traitement antispasmodique. Nous citons une observation personnelle du D^r BENSAUDE : « Il s'agissait d'un enfant de neuf ans, atteint d'un mégacôlon accompagné d'un spasme anal et d'une bride rectale, accessible au toucher, envoyé par le Professeur GOSSET, en 1922, au D^r BENSAUDE. Sur les conseils de ce dernier, le D^r DESPLAS, appelé d'urgence au cours d'une crise d'occlusion, pratiqua une dilatation de l'anus et du rectum sous anesthésie générale. Il put ainsi évacuer six kilogrammes de matières mélangées à des gros fécalomes. Ce malade, revu à plusieurs reprises, n'a pas eu d'accidents ».

3. — Reste, enfin, à décrire la troisième théorie, la *théorie neuro-musculaire*. Elle repose sur des arguments cliniques et thérapeutiques. Il s'agit d'un trouble dans le fonctionnement de la musculature intestinale, dû à un déséquilibre vago-sympathique.

On peut citer, comme argument clinique, l'observation de FINKELSTEIN, qui constate, à l'autopsie d'un enfant de 8 mois, un mégacôlon typique, avec hypertrophie notable de la paroi de l'intestin. Cet enfant avait succombé à une syphilis grave de l'axe cérébro-spinal, avec paralysie de la vessie, du plancher pelvien et de l'anus.

RETSAFF a constaté chez un de ses malades une diminution de la vagotonie et une augmentation de la sympathicotonie. Le mécanisme de la formation du mégacôlon par ce trouble vago-sympathique est facile à comprendre, car le sympathique empêche le mouvement de l'intestin et diminue son tonus.

Les arguments thérapeutiques reposent sur les effets obtenus par l'emploi de médicaments vago-tropiques et sympathico-tropiques. Certains auteurs ont vu le météo-

risme et la constipation disparaître à la suite d'injections sous-cutanées de physostigmine et réapparaître sous l'influence de l'atropine. ISHIKAWA, ADAMSON et AIRD, après des expériences sur le chien, ont constaté la formation d'un mégacôlon chez le chien après résection des nerfs pelviens.

D'après ces expériences, il semble que des troubles de l'innervation des fibres sacrées autonomes peuvent produire du météorisme, de la constipation et, ensuite, au bout d'un temps plus ou moins long, de l'hypertrophie de la paroi intestinale, consécutive à la stase fécale. Celle-ci serait largement favorisée par la présence de valvules ou de coudures dans une anse sigmoïde trop longue.

D'autre part, on a signalé plusieurs cas de mégacôlon associé au myxœdème, et alors on s'est demandé si le corps thyroïde ne pouvait pas avoir une influence directe sur l'innervation du gros intestin. Dans ces cas, où le mégacôlon est associé à l'hypothyroïdie, l'injection d'extrait thyroïdien amende les symptômes fonctionnels du mégacôlon mais n'influence pas les lésions anatomiques.

IV. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'étudier les lésions qu'on observe dans la maladie de Hirschsprung, il nous paraît indispensable d'exposer brièvement certaines particularités anatomiques qui se rencontrent à l'état normal chez l'enfant.

L'étude du côlon iléo-pelvien mérite de nous retenir. Depuis les recherches de HUGINER, nous savons qu'il existe normalement, à l'union du rectum et de l'S iliaque, une portion rétrécie, connue par les anatomistes sous le nom de détroit d'Amussat. C'est à ce niveau qu'existent les valvules de Honston. De toutes les portions du gros intestin, le côlon iléo-pelvien est la partie la plus longue, puisqu'elle représente un peu plus de la moitié de la longueur totale du côlon.

Du point de vue physiologique, le côlon se trouve dans un état d'obscurité réelle. Il est indéniable que le gros intestin a sa physiologie propre, mais elle nous est, en réalité, bien peu connue aujourd'hui. D'après P. BLAMONTIER, le fonctionnement moteur normal du gros intestin résulterait d'un équilibre vago-sympathique. Les sujets atteints de stase intestinale chronique seraient vago-toniques, ce qui s'expliquerait par ce fait que l'hypervagotonie augmenterait l'antipéristaltisme, cause de la stase. Mais ceci n'est pas applicable aux jeunes enfants, car l'antipéristaltisme n'existe pas dans la première enfance.

ETUDE DES LÉSIONS

Nous prendrons comme type de notre description le mégacôlon idiopathique ou congénital et nous laisserons de côté les autres types que nous avons signalés à propos de la pathogénie, et ceci pour plus de carté.

A l'ouverture du ventre d'un sujet atteint de maladie de Hirschsprung, le côlon apparaît énorme, remplissant toute la cavité abdominale, masquant les autres organes, et ayant le plus souvent l'apparence soit « d'une jambe fléchie sur la cuisse » (WELKER), soit d'un « estomac d'adulte » (TRÊVES) ou encore « d'un intestin de bœuf et de cheval ».

Ce qui frappe donc, c'est l'énorme dilatation du côlon. A cette dilatation s'ajoute le plus souvent un allongement de la portion ectasiée et un épaissement considérable de la paroi. Dilatation, allongement, hypertrophie de la paroi : telle est la triade anatomique de la maladie de Hirschsprung, telles sont les lésions essentielles du mégacôlon idiopathique. Etudions-les :

1. *La dilatation.* — C'est la lésion capitale sans laquelle il n'y a pas de mégacôlon. Nous ne saurions trop y insister. Elle est le plus souvent énorme. Alors que la circonférence normale du gros intestin oscille entre 14 et 20 centimètres, on observe ici des chiffres de 50, 60 et même 75 centimètres de circonférence. En pareil cas, la capacité du gros intestin qui, normalement, ne dépasse pas un à deux litres, peut aller jusqu'à 10 et même 15 litres (BENSAUDE).

Le siège de la dilatation est le plus souvent au niveau de l'anse sigmoïde, ainsi qu'en témoignent les statistiques bien connues de DUVAL et NEUGEBAUER. D'autres fois, elle est

totale. Enfin, ainsi^e que HIRSCHSPRUNG l'avait signalé, comme NEUGEBAUER l'a constaté, il existe des cas où le côlon transverse est dilaté, le côlon descendant normal et l'anse sigmoïde dilatée à nouveau. Le passage de la partie dilatée à la partie saine se fait habituellement en « pente douce » (WEILL), à la façon d'un entonnoir. Il existe parfois des points rétrécis qui ont l'apparence de véritable diaphragmes. Il s'agit, en pareil cas, d'un rétrécissement anatomique à la circulation des matières et ces cas ne rentrent pas dans la description des lésions du mégacôlon idiopathique.

Jamais, dans la maladie de Hirschsprung — et c'est là un point que tous les auteurs soulignent avec raison (MARFAN, DUVAL, WEILL) — il n'y a d'obstacle au cours des matières.

2. L'allongement. — L'allongement n'est pas une lésion constante, bien qu'il se rencontre habituellement. Alors que, normalement, la longueur du côlon est sensiblement celle de la taille (MARFAN), on peut observer des chiffres de 1 mètre, 1 m. 50, ce qui, chez l'enfant, est énorme.

3. L'épaississement de la paroi de l'intestin. — Malgré sa fréquence, l'épaississement de la paroi de l'intestin ne peut être considéré comme une lésion constante. Elle est d'autant plus marquée que la survie est plus longue. La paroi peut être normale ou même amincie dans les cas congénitaux.

Macroscopiquement, on constate la disparition des bosselures normales et des trois bandes musculaires longitudinales si caractéristiques du gros intestin. Ces dernières sont absentes parce qu'elles ont été dissociées par suite de l'élargissement du côlon. A l'ouverture de l'intestin, à la coupe, la paroi ne s'affaisse pas, comme normalement. La

dilatation persiste et c'est là un détail anatomique très important en pratique. D'emblée, la paroi apparaît comme épaissie, d'aspect grisâtre; elle est dure, friable, n'a plus sa souplesse normale, est de 1 mm. 20; on constate fréquemment des épaisseurs de 2 mm. et même de 3 mm. La séreuse, à l'œil nu, apparaît comme normale. La muqueuse est altérée dans un tiers des cas, d'autant plus que la survie a été plus longue. Ses plis sont effacés, elle est rouge, tuméfiée, avec, parfois, des suffusions sanguines à côté de petites ulcérations plus ou moins profondes. On note, dans certains cas, des perforations avec péritonite localisée ou généralisée.

Microscopiquement, il est un fait dominant, c'est l'« hypertrophie de la couche musculaire annulaire » (MARFAN). Voici, d'après BENS AUDE, quelles sont les principales lésions histologiques: « Les fibres musculaires sont augmentées en nombre et en volume, leur noyau est normal. Les fibres annulaires, en particulier, occupent les trois quarts de la paroi colique, des travées conjonctives, plus ou moins infiltrées de cellules rondes, séparent les faisceaux musculaires. La couche de fibres longitudinales est presque normale. Les lésions d'artérite chronique sont constantes. Les gaines nerveuses, les nerfs et les ganglions du plexus d'Auerbach sont parfois altérés. Les glandes muqueuses sont augmentées en nombre et hypertrophiées, ainsi que les cellules épithéliales et la *muscularis mucosæ*. Le mésentère peut être épaissi, parfois rétracté, ses vaisseaux sont volumineux, leurs parois altérées et les ganglions lymphatiques augmentés de volume ».

V. — ETUDE CLINIQUE

Le tableau clinique de la dilatation du gros intestin se présente différemment, suivant qu'on l'observe chez le nouveau-né, le nourrisson ou dans la deuxième enfance.

A. — FORMES CLINIQUES

1. — *Formes à manifestations précoces et graves*

Il s'agit d'un nouveau-né qui n'a pas rendu son méconium dans les délais normaux. Cette « constipation méconiale » n'est pas le fait d'une malformation de l'anوس ou du rectum. Il n'y a aucun obstacle à l'évacuation des matières et le toucher rectal, de même que l'examen à la sonde, sont négatifs. L'enfant, qui buvait bien et qui dormait bien, n'accepte plus volontiers qu'une petite quantité de lait et se montre agité surtout la nuit. Puis, à mesure que la constipation augmenté d'intensité, on voit apparaître une distension progressive du volume du ventre. L'abdomen se gonfle, devient tendu. Cette distension abdominale est étroitement liée à la constipation. Dans certains cas, où la stase intestinale est prolongée, on peut voir l'abdomen acquérir des proportions considérables et déterminer alors une compression des organes thoraciques, d'où résulte de la dyspnée, de la cyanose.

La croissance et la nutrition de l'enfant sont toujours profondément troublées, et si une complication n'intervient pas pour changer le cours de la maladie, on assiste alors au tableau de la dénutrition progressive, aboutissant à l'atropsie. En pareil cas, il y a un contraste saisissant entre le ventre de l'enfant, qui est énorme, et son amaigrissement qui est extrême.

Bien que la mort soit la règle, dans la dilatation congénitale du côlon, observée chez le nouveau-né, il existe des cas, néanmoins, où, à la suite d'un traitement médical prolongé, l'enfant s'améliore progressivement pour arriver à un état quasi-normal. Le pronostic n'est pas toujours aussi sombre quand le mégacôlon apparaît, non plus à la naissance, mais, plus tardivement, dans la seconde enfance.

2. — *Formes à manifestations tardives et à marche chronique*

Ces faits, d'origine relativement récente, sont bien mis en lumière dans les travaux de MARFAN, concernant des enfants de la seconde enfance, qui n'ont jamais présenté de troubles digestifs dans la première enfance et qui, sans cause apparente, vers l'âge de deux à trois ans, deviennent des constipés, puis des distendus. Tel est le cas du malade de HALLEZ et BLECHMANN (1), dont nous rapportons l'observation dans cette thèse (observ. III), où, vers l'âge de trois ans et demi, apparaît une constipation d'abord fréquente et non habituelle, puis opiniâtre, à laquelle succède

(1) HALLEZ et BLECHMANN. — *Soç. de Pédiatrie*, 1921, XLX, p. 67; *Arch. de Méd. des Enfants*, 1921, p. 484.

une augmentation progressive de l'abdomen et dont l'examen radiologique révéla une énorme dilatation du côlon avec allongement du côlon pervien. Ces dolichomégacôlons ont un pronostic et une évolution favorables. Il n'en est pas rare de voir ces malades, après des périodes d'exacerbation et de calme, s'améliorer progressivement sous l'influence d'un traitement approprié.

Ainsi donc, la dilatation du gros intestin diffère, quand elle apparaît tardivement chez un grand enfant, par une évolution beaucoup plus longue et par un pronostic meilleur.

3. — *Formes frustes et camouflées*

On a cité plusieurs observations, où la maladie ne s'est manifestée que par une constipation, ou un écoulement anal, ou un syndrome fissuraire, et où le diagnostic n'était fait qu'à l'aide de la radiographie et la restoscopie.

Ces dernières années, on a beaucoup insisté sur les formes pseudo-appendiculaires et pseudo-gastriques de la maladie. La forme pseudo-appendiculaire est fréquente, et il y a plusieurs observations, dont nous en citons une, décrites par BENSAUDE et SORREL :

« Un malade se plaignait de fatigue, d'asthénie, d'amaigrissement, de constipation. Devant ces signes, devant les nausées, devant l'existence d'un point de Mac Burney des plus nets, l'appendice fut enlevé. L'état ne s'améliorant pas, une exploration complète montra plus tard l'existence d'un mégacôlon.

Les formes pseudo-gastriques surviennent chez des sujets jeunes: ces malades se plaignent de pesanteurs post-prandiales, d'une digestion lente et pénible, de douleurs

gastriques tardives. Puis, peu à peu, le tableau se précise, les douleurs apparaissent vives, lancinantes, elles peuvent coïncider avec une distension abdominale et disparaître avec l'émission de gaz abondante par la bouche et l'anus.

Les douleurs s'accompagnent souvent de vomissements alimentaires ou bilieux, d'abondance variable. Tout oriente donc vers une histoire gastrique, et les seuls signes qui peuvent attirer l'attention, quand ils existent, sont: le météorisme distendant tout l'abdomen et la constipation. C'est le lavement opaque qui démontre la véritable origine de ces troubles gastro-duodénaux.

B. — SYMPTOMATOLOGIE

Les signes cliniques les plus importants de l'affection sont:

1. — *Constipation:*

Elle est presque constante et prend souvent des proportions extraordinaires; certains malades n'ont des selles que toutes les trois semaines (CADET). LAURIA a cité un cas où le malade est resté quatre mois sans aller à la selle.

On conçoit, dès lors, que la défécation soit extrêmement difficile, qu'elle se fasse en plusieurs fois et que les quantités de fèces résultant de cette débâcle soient extraordinaires. En même temps que les matières, le malade évacue des gaz d'odeur infecte.

Quelquefois, la constipation fait défaut, les selles sont alors fréquentes, il y a diarrhée par régorgement (forme diarrhéique). Les selles, d'odeur fétide, sont molles, pâteu-

sès, adhérentes, souvent fragmentées, parfois enduites de glaires ou de sang. Elles ont une couleur jaunâtre, brune. Elles peuvent être décolorées, couleur mastic. Elles contiennent souvent des débris alimentaires. La rétention intestinale peut être mise en évidence par l'administration d'un cachet de vingt-cinq centigrammes de carmin, que l'on voit apparaître au bout d'un temps plus ou moins long : douze jours dans un cas de STAUSS, vingt-cinq jours dans un cas de BENS AUDE et SORREL.

Pour obtenir une selle, les malades adoptent souvent une attitude particulière, décubitus ventral ou latéro-ventral, ou, comme dans le cas de notre observation, mettre le doigt dans le rectum.

2. — *Météorisme*:

Il marche le plus souvent de pair avec la constipation : dépendant davantage de la rétention des gaz que celle des matières, il est en général marqué. L'abdomen est très augmenté de volume. Cette augmentation se fait progressivement et peut même empêcher le malade de s'asseoir. Elle atteint un maximum pour diminuer ensuite après une débâcle. Le corps prend la forme d'un ballon. La circonférence de l'abdomen atteint une dimension formidable (65 centimètres pour un enfant de 7 ans, dans notre observation). Le ballonnement est le plus souvent généralisé et son grand diamètre se trouve au-dessus de l'ombilic. Parfois, l'augmentation de volume peut être moins accentuée et siéger seulement dans les flancs. La peau de l'abdomen est tendue, amincie. Les veines forment de larges réseaux qui courent sous la peau ; l'œdème de la paroi est constant. Les muscles droits sont écartés, les échancrures costo-iliaques,

les gouttières paravertébrales, ont disparu, la base du thorax est élargie et il existe un contraste saisissant entre le thorax étriqué et l'abdomen distendu.

Si on percute, on constate presque partout du tympanisme (dans le cas de notre malade, la matité hépatique a diminué et la rate est non percutable). Parfois, en certains endroits, on peut constater des zones de matité qui correspondent à la stase des matières.

3. — *La constatation des anses coliques:*

En examinant le ventre d'un malade atteint de mégacôlon, on constate une tumeur qui correspond à l'anse sigmoïde ou aux anses intestinales, dilatées et hypertrophiées. Cette tumeur est animée de mouvements péristaltiques et se voit plus facilement quand le malade fait des profonds mouvements respiratoires. Elle se sépare souvent de la base du thorax par une dépression assez nette. Pour pouvoir percevoir les mouvements péristaltiques, il faut les provoquer en excitant doucement la paroi, leur existence est caractéristique et témoigne de l'effort fait par l'intestin pour expulser les matières et les gaz. Souvent, le péristaltisme s'accompagne de bruit de glouglou, de sensation de circulation des gaz intestinaux.

Enfin, signalons que la palpation de la tumeur, qui ne provoque aucune douleur, permet quelquefois de sentir des amas décaux durs comme de la pierre.

4. — *Autres symptômes:*

A côté de tous les signes précédents, il existe une série de symptômes, secondaires aux compressions exercées par

la tumeur. Le diaphragme est refoulé vers le haut par le côlon et GUINON insiste particulièrement sur ce fait. Ce refoulement, à son tour, provoque une dyspnée plus ou moins marquée. Il existe de la cyanose. La respiration prend le type costal. Il est fréquent de trouver des signes de congestion des deux bases.

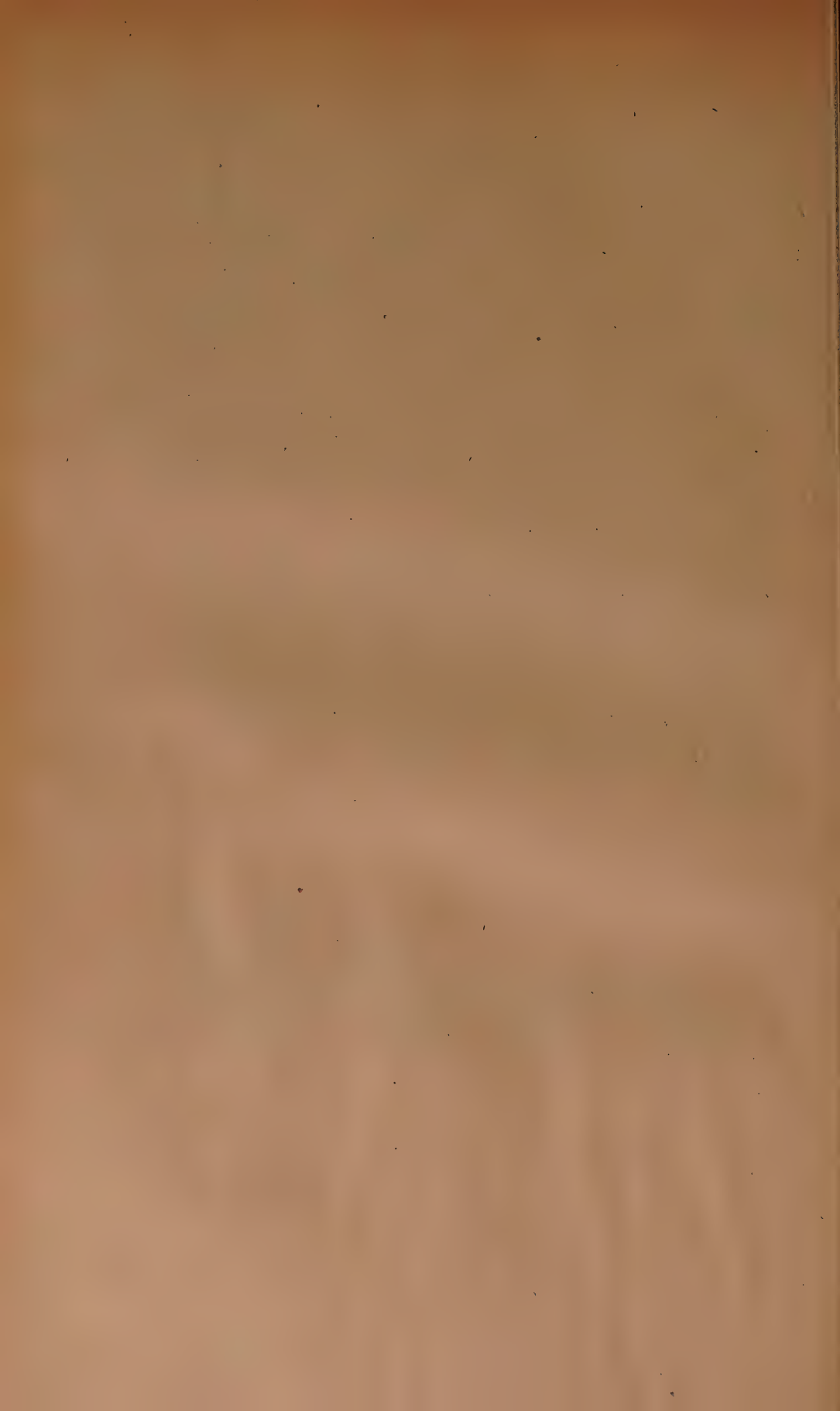
Le cœur et les gros vaisseaux sont, eux aussi, déplacés en haut et à droite. Le foie est refoulé à droite. Il est possible d'observer tous les signes résultant de la gêne des circulations cave et porte (circulation collatérale, œdème, et, quelquefois, ascite abondante).

Les troubles urinaires ne sont pas rares: dysurie, rétention des urines ou hydronéphrose, secondaire à la compression des uretères. On trouve des traces d'albumine.

Il faut signaler, enfin, comme signes de moindre importance, la céphalée, l'anorexie, les renvois, les envies d'aller à la selle, les coliques, les crises de tétanie. Les signes d'insuffisance pluriglandulaire, les stigmates d'infantilisme ne sont pas rares.

5. — *Signes généraux:*

Ils sont variables. BENSAUDE et SORREL ont pu signaler un cas de mégacôlon qui ne s'accompagne d'aucun trouble de la santé. Mais il survient parfois de l'amaigrissement, de la pâleur, de la cachexie. L'atteinte de l'état général est plus marquée chez l'enfant et surtout à la phase ultime de la maladie.



VI. — EVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'évolution, essentiellement chronique, se fait par poussées, aux phases d'amélioration succèdent les phases d'aggravation. L'affection se manifeste dès le premier âge, parfois plus tard, au moment du sevrage, ou à la seconde enfance, parfois chez l'adulte.

Le malade traîne pendant des années, avec des rémissions très nettes, mais les crises deviennent de plus en plus fréquentes, de plus en plus longues. La guérison spontanée est rare: toutefois, MARFAN, BENSAUDE et SORREL ont signalé des exemples au moment de la puberté et l'attribuent à l'élargissement du bassin, lors de la croissance, et à la diminution relative de la longueur de l'anse sigmoïde.

Dans la règle, l'enfant, présentant toujours la même sémiologie, arrive à l'âge adulte. Parfois, l'état général est respecté, mais il n'est pas rare d'observer, au bout d'un temps plus ou moins long, des signes généraux: hypotonie, amaigrissement, fièvre, cachexie, etc...

Les complications pulmonaires sont fréquentes. Elles s'expliquent par l'état de moindre résistance du sujet, par le refoulement du diaphragme, la compression du poumon. Elles consistent en bronchite, en broncho-pneumonie, en pneumonie.

Des cas rares de mort subite ont été rapportés, soit spontanément, soit après l'intervention. On les attribue à la compression du cœur.

Mais, ce qui domine l'évolution du mégacôlon, c'est, d'une part, l'occlusion aiguë, d'autre part la perforation.

a) *L'occlusion aiguë*: elle est due le plus souvent à un volvulus. Cette complication a été étudiée par FORGUE. Le tableau clinique en est variable. Le plus souvent, l'enfant ressent une vive douleur brutale dans la région abdominale, des vomissements se produisent, l'état général s'aggrave; pendant cette période, il n'émet ni selles, ni gaz. Les vomissements changent rapidement de caractère, deviennent fécaloïdes et la mort survient.

b) *La perforation*: elle débute également d'une manière dramatique. Mais sa symptomatologie ne présente aucun fait spécial. Elle peut être due à la rupture de l'anse, plus rarement à la migration des agents pathogènes.

c) D'autres complications peuvent se produire, des douleurs abdominales, des selles muco-purulentes, sanglantes, viendront témoigner d'une colite aiguë qui, elle-même, pourra se compliquer de supurations pariétales intestinales, en particulier d'abcès au niveau des franges épiploïques.

VII. — DIAGNOSTIC

Le mégacôlon est une maladie où il faut faire un diagnostic précoce, qui ne peut être fait qu'après un examen physique minutieux. Comme moyens de diagnostic, nous avons :

1. — *Toucher* :

Le toucher ne donne que des renseignements vagues, tout au plus permet-il de sentir une masse stercorale pâteuse, dont la présence, constatée à plusieurs reprises, surtout chez un jeune enfant, doit faire penser à un mégacôlon. Il permet souvent d'ouvrir la soupape formée par une coudure ou par une valvule, et il facilite ainsi l'évacuation des matières.

Les manœuvres combinées : toucher rectal et palper associés, le bassin étant en position haute, la percussion après insufflation, renseignement souvent sur la situation et la conformation des viscères.

2. — *Endoscopie* :

Elle est le procédé de choix ; elle permet, au cours d'un simple examen, d'affirmer, *de visu*, la nature de l'affection.

Simple, à la portée de tout le monde, elle a contribué, avec la radioscopie, faire connaître les formes frustes et légères de la maladie.

3. — *Rectoscopie:*

Elle montre, ou bien un rectum normal, avec une anse sigmoïde dilatée, ou un mégarectum et un mégacôlon.

En introduisant le rectoscope chez un enfant âgé de plus de 8 à 10 ans, on éprouve une certaine résistance, qui est due à une coudure, ou à un spasme, ou à des valvules. Si on manœuvre, en suivant la paroi postérieure du rectum, on peut vaincre cette résistance et entrer dans une cavité large, où on peut manœuvrer l'instrument de droite à gauche et d'avant en arrière.

Dans d'autres cas, le restoscope pénètre dans un S iliaque simplement élargi, dont le calibre est de trois ou quatre centimètres plus grand que celui de l'instrument.

La muqueuse peut être rouge, vascularisée et quelquefois ulcérée. Mais, quelquefois, les matières fécales se trouvant dans cette poche peuvent, par leur abondance, rendre la rectoscopie très difficile. De cette poche se dégage une odeur fétide particulière, qui est l'odeur des matières ayant séjourné dans la poche.

Par ce moyen, on peut aussi mesurer la largeur et la longueur de l'anse ectasiée.

4. — *Examen radioscopique et radiologique:*

Cet examen se fait le plus souvent après un lavement opaque. Ce lavement opaque exige l'emploi d'une très grande quantité de liquide (5 à 6 litres).

Le lavement opaque passé d'abord dans le rectum, qui se dessine sous la forme d'un canal étroit qui, bientôt, s'élargit. Puis, il s'accumule dans l'S iliaque. Un, deux, trois ou quatre litres passent ainsi sans que la traversée se dessine. On voit alors, dans le cas d'une grande dilatation, une poche volumineuse, dont parfois les contours sont lisses. Cette poche occupe la moitié droite de l'abdomen, empiétant parfois sur la moitié gauche. Elle peut s'étendre du détroit supérieur du bassin jusqu'au bord inférieur du foie. Le plus souvent, elle se recourbe à sa partie supérieure, en faisant un angle aigu, regardant en bas et à gauche. Elle comprend alors deux branches qui figurent assez bien l'aspect d'une cuisse fléchie sur la jambe (fig. I).



FIGURE I

(Schéma du mégacôlon après lavement opaque
(du à l'obligeance de M. le Professeur BOUDET)

Si, au lieu de donner un lavement, on fait ingérer une substance opaque (la baryte), on constate qu'au bout de 6 heures elle se trouve dans le cæcum; puis, au bout de 13 à 24 heures, dans le côlon ascendant, le côlon transverse. Souvent, à ce niveau, elle est fragmentée, ce qui prouve que les contractions intestinales sont conservées. Le côlon transverse présente une image en guirlande et se trouve fréquemment refoulé vers le haut. Puis, habituellement, la bouillie marque un temps d'arrêt au niveau de l'angle colique gauche. Au bout de 30 à 48 heures, l'image radioscopique est modifiée. Il reste encore de la substance opaque dans le côlon transverse, mais on voit dans la fosse iliaque la présence d'une grosse masse de liquide baryté à niveau horizontal très net et très mobile, surmontée d'une énorme poche à air qui refoule le diaphragme, qui peut même repousser ou masquer une partie de l'ombre hépatique (fig. II).

Voilà les quatre moyens habituellement utilisés et qui révèlent le diagnostic de façon très évidente. Ce qui importe, c'est de soupçonner le mégacôlon et d'en rechercher ses symptômes particuliers.

a) Chez le nourrisson, devant la constipation et le gros ventre, il est deux causes d'erreur qu'il faut écarter: tout d'abord, la constipation simple, banale. C'est, du reste, souvent le premier diagnostic que l'on pose en présence d'un nourrisson atteint de mégacôlon. Ce n'est que quand les procédés thérapeutiques habituels, laxatifs, lavements, suppositoires, restent sans effet que l'on doit penser au mégacôlon.

Puis, l'imperforation anale, que le simple examen de l'anus permet d'éliminer.



FIGURE II

Etude de la progression d'un repas bismuthé chez un malade porteur d'un mégacôlon

(Schéma in BENSAUDE et SORREL)

On devra également penser à un rétrécissement congénital du côlon ou du rectum, au microcôlon, sans oublier qu'un mégacôlon peut succéder à un microcôlon.

b) Au cours de la seconde enfance, toutes les causes de la constipation éliminées, on pensera, comme dans le cas précédent, à la possibilité d'une bride secondaire, à une péritonite tuberculeuse, d'un rétrécissement congénital de l'intestin.

Les déformations costales, les autres déformations (thorax en carène, chepelet rachitique, front olympien), permettront de reconnaître le rachitisme, mais il faut savoir que le rachitisme et le mégacôlon peuvent coexister.

Le diagnostic se posera aisément avec la tuberculose, les ganglions mésentériques, l'appendicite chronique, l'invagination intestinale chronique:

Dans les formes localisées, il est presque impossible. Parfois, en présence de la température, de l'amaigrissement, le diagnostic peut se poser avec la tuberculose miliaire.

Mais il est un diagnostic parfois difficile à poser: celui de dolichocôlon; la sémiologie est identique, quoique les symptômes soient moins marqués, la constipation est de règle, les douleurs sont fréquentes. Le diagnostic peut se poser par l'examen rectoscopique, mais surtout par l'examen radiologique qui montrera un gros intestin long et flexueux. Le diagnostic peut être d'autant plus délicat que toutes les formes de transition entre les deux affections peuvent s'observer.

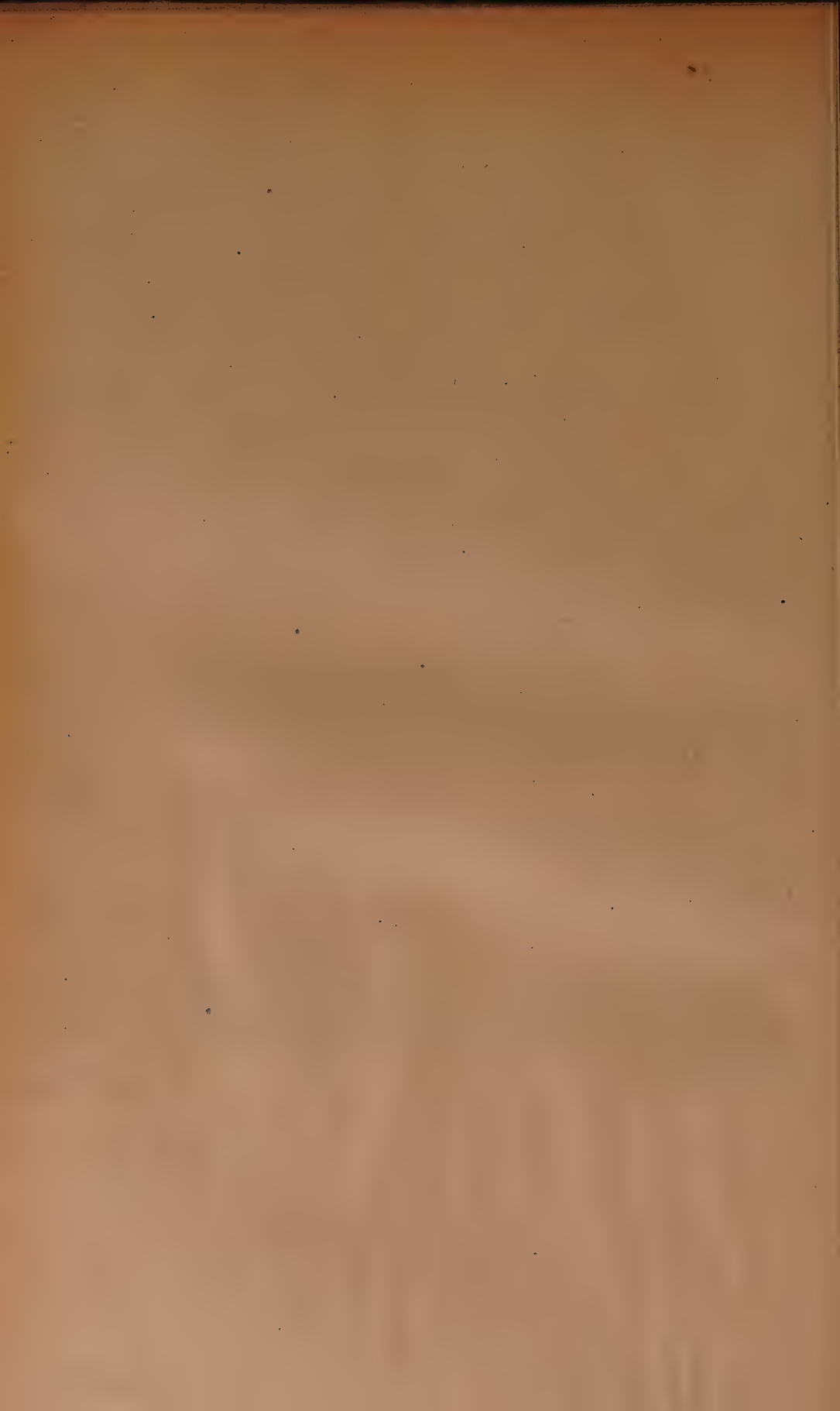
VIII. — PRONOSTIC

Le pronostic est toujours sérieux, à cause des complications qui peuvent entraîner la mort. Mais l'évolution diffère essentiellement, suivant l'âge, la localisation de l'ectasie colique, l'origine de l'affection.

1. *L'âge.* — C'est une loi, en pathologie infantile, qui s'applique aussi bien aux broncho-pneumonies qu'au mégacôlon: « plus un enfant est jeune, plus la maladie dont il est atteint est grave et son évolution rapide ».

2. *La localisation de l'ectasie colique.* — En présence d'une dilatation totale, le pronostic sera plus sombre si l'ectasie est segmentaire, en particulier si elle est terminale, localisée à l'anse sigmoïde.

3. *L'origine de l'affection.* — Il est bien évident qu'une dilatation idiopathique, qu'une vraie maladie de Hirschsprung, n'aura pas le même pronostic qu'un syndrome de Hirschsprung.



IX. — TRAITEMENT

Le traitement du mégacôlon, tant au point de vue médical que chirurgical, est devenu, ces derniers temps, singulièrement compliqué. Mais il ne faut pas dire, parce que les moyens thérapeutiques sont nombreux, qu'ils sont tout à fait insuffisants.

Bien entendu, la maladie de Hirschsprung est une affection où nous ne sommes pas encore arrivé au traitement idéal et où la mortalité s'élève à 50 p. 100.

Néanmoins, il existe des succès thérapeutiques qu'on ne peut nier.

Comme moyens de thérapeutiques :

A. — *Traitement médical :*

L'indication fondamentale est de vider le côlon des gaz et des matières qui s'accumulent, par des lavements journaliers, des laxatifs légers (huile de paraffine, huile d'olive). Les purgatifs répétés sont contre-indiqués. Comme médicament, on donne le bismuth, le sulfate d'atropine. comme régime, il faut que la malade suive un régime anti-fermentisable et pauvre en résidu (pour diminuer la production de gaz et de matières). On autorisera la viande, les œufs, le poisson, et on interdira le pain, les pâtes et les pommes de terre.

Il ne faut pas oublier que le traitement médical n'a des succès que dans les cas légers et que les résultats de cette moyenne sont médiocres, 80 p. 100 de mort (d'après LOWENSTEIN).

B. — *Traitement étiologique:*

La thérapeutique précédente et même le traitement chirurgical n'ont qu'une action pathogénique. Si l'on connaissait la cause responsable du déséquilibre vago-sympathique, il serait peut-être possible de la neutraliser. Or, on ne possède à ce sujet aucune connaissance précise, en dehors du fait rapporté par l'Ecole Brésilienne, par ETZEL en particulier, pour qui la dilatation des organes tubaires révélerait d'une avitaminose B chronique, appelant en conséquence la vitaminothérapie.

Une autre hypothèse a été émise. Elle fait intervenir l'action des glandes endocrines sur le sympathique. PASSLER admet une persistance anormale de la suractivité de l'organe de Zuckerkandl et l'hypersécrétion de l'adrélanine qui en résulte. C'est, en effet, grâce au développement particulier du système chromaffine que le contenu des réservoirs, comme le sigmoïde et la vessie, n'est pas expulsé pendant la vie intra-utérine, mais si cet état persiste après la naissance, l'hypersympathicotonie continue et conduit à la formation d'un mégacôlon, d'une mégavessie, d'une sténose hypertrophique du pylore, etc... Mais tout cela n'est qu'une hypothèse, et il y a, d'après d'autres observations, l'association du mégacôlon avec une tumeur de l'hypophyse, un myxœdème, etc... Aussi bien la thérapeutique étiologique n'est-elle pas actuellement en mesure de bénéficier des suggestions précédentes.

C. — *Traitement chirurgical:*

Jadis, on pratiquait des sigmoïdectomies et des hémicolectomies en un ou plusieurs temps. Mais on ne pratiquait des interventions de cette importance que chez des malades dont l'avenir, du fait de la lésion intestinale, apparaissait particulièrement compromis. La mortalité de cette opération était très élevée (10 à 50 p. 100), car on opérait des malades dont l'état général était très grave.

En 1924, ROYLE et WADE, après des interventions sur le sympathique abdominal chez des enfants atteints de maladie de Little, constatèrent la disparition de la constipation rebelle que présentaient en général ces malades. Aussi, en 1927, chez un garçon de 10 ans, atteint de mégacôlon, pratiquèrent-ils une ramisection lombaire qui amena la guérison, et ce fut le point de départ de la chirurgie neurovégétative dans l'anomalie intestinale.

La technique est variable: neurotomies hautes réalisées par la ramisection lombaire bilatérale ou la résection également bilatérale de la chaîne lombaire (ADSON) et par la section du splanchnique préconisée par LERICHE, ou neurotomies périphériques, consistant dans la résection du plexus mésentérique inférieur associée ou non à la résection du nerf présacré. Deux méthodes surtout sont à retenir, en raison de leur facilité relative d'exécution et de la qualité de leurs résultats (LERICHE):

a) La splanchnicectomie unilatérale gauche, intervention de choix, mais qui a parfois l'inconvénient d'entraîner un déficit surrénalien avec hypotension artérielle et asthénie chez certains enfants déjà hypotendus;

b) et l'ablation bilatérale de la chaîne lombaire du deuxième au quatrième ganglion inclus, généralement par voie sous-péritonéale.

Le recul manque, malgré tout, pour juger définitivement la valeur de l'intervention; mais PASSLER, en 1938, sur 117 cas, comptait 85 p. 100 de guérisons ou d'améliorations notables, 12 p. 100 d'échecs et 3 p. 100 de décès. Les observations récentes de LERICHE, MALLET-GUY, GOIN, AD, ROSS, RIEDER, etc..., sont nettement en faveur de la méthode dont la bénignité est pratiquement constante et les résultats satisfaisants dans le domaine physiologique d'abord, puis anatomique; à la longue, on assiste à la disparition des symptômes fonctionnels et à des modifications heureuses de calibre et de longueur de l'intestin.

Il reste encore une troisième intervention chirurgicale à décrire: en cas de mégacôlon et de mégarectum associés, on sectionne le sphincter interne de l'anus. Si l'anomalie ne porte que sur le sigmoïde, c'est le sphincter pelvi-rectal qu'il est nécessaire d'inciser. Les résultats obtenus par NETTO et ETZEL auraient été excellents au point de vue fonctionnel et anatomique. Mais les statistiques ne portent que sur un nombre restreint de cas.

Dans les cas d'urgence de mégacôlon associé à des symptômes d'occlusion intestinale, comme dans l'observation que nous avons citée (le malade envoyé par le P^r GOSSET et D^r BENSAUDE), on peut pratiquer, sous anesthésie générale, la dilatation de l'anus et du rectum.

D. — *Infiltration du sympathique.*

Technique.

En 1935, MORTON et SCOTT montrèrent qu'en bloquant l'innervation sympathique, la rachianesthésie libère l'inner-

vation du vague, fait contracter l'intestin et réduit le mégacôlon. La méthode permet de vérifier les résultats éventuels d'une opération sympathique. Elle a été proposée également comme procédé thérapeutique (CLINESCO, etc...). On lui préfère l'infiltration anesthésique de la chaîne lombaire ou du splanchnique gauche, suivant la technique suivante:

a) *Infiltration du sympathique lombaire.* — Le malade étant assis, on repère le bord des crêtes iliaques, la ligne épineuse et on remonte avec le doigt jusqu'à la deuxième apophyse épineuse; en face de cette apophyse on se porte à deux ou trois travers de doigt en dehors, et c'est en regard de l'épineuse qu'est le point où il faut enfoncer l'aiguille. Celle-ci doit être poussée avec une légère obliquité à pointe interne, visant la ligne médiane à 7 ou 8 centimètres de profondeur. L'aiguille prend contact avec le corps vertébral, quand on sent que la pointe touche l'os, on retire doucement l'aiguille en corrigeant légèrement son obliquité. On cherche à être un peu plus latéral pour aller à 1 ou 2 centimètres plus profondément, où l'on prend contact avec le flanc du corps vertébral. Là, l'aiguille se sent contre l'os, mais elle est presque libre. On aspire; si le sang vient, il n'y a qu'à retirer légèrement avant d'injecter.

b) *Infiltration du splanchnique.* — Le sujet est assis, les jambes tombantes, sur une table d'examen, le dos tourné vers l'opérateur, la tête légèrement inclinée en avant, les bras croisés sur la poitrine ou pendant entre les genoux. La région lombaire est ainsi parfaitement exposée. L'opérateur repère les crêtes iliaques qu'il marque, l'index remonte avec le doigt jusqu'à la deuxième apophyse épineuse. En regard de cette apophyse, nous nous portons, suivant la corpulence

du sujet, à deux ou trois travers de doigt en dehors, et c'est là, en dehors de l'épineuse et un peu au-dessus au-dessus, qu'il faut enfoncer l'aiguille. Celle-ci doit être poussée avec une légère obliquité à pointe interne visant la ligne médiane, à 7 ou 8 centimètres de profondeur. Une faible obliquité relevant également la pointe vers le haut lui permet de passer au-dessus de l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre lombaire, tout en restant au-dessous de celle de la première lombaire. L'aiguille prend contact avec le corps vertébral. On retire alors l'aiguille de 1 ou 2 centimètres, on corrige l'obliquité de telle sorte que le pavillon de l'aiguille devienne presque perpendiculaire à la peau, et on enfonce de nouveau la pointe de 2 centimètres plus avant. Le plus souvent, on ne sent aucune résistance au passage de l'aiguille; parfois, au contraire, on a l'impression d'une résistance légère, bien différente de celle qui oppose le corps vertébral et qui correspond au pilier diaphragmatique. On aspire alors; si l'on est en bonne place, on ne retire pas de sang. On peut injecter alors le liquide anesthésique. Lorsque quelques centimètres cubes ont ainsi passé, l'aiguille est enfoncée d'un demi-centimètre, on aspire à nouveau et l'on injecte; on retire de un centimètre, on répète la même manœuvre. Il y a de fortes chances pour que le pilier du diaphragme et, de ce fait, le nerf qui le traverse, aient été largement imbibés de la solution. L'aiguille est retirée sans à-coup. On peut infiltrer les deux côtés dans la même séance.

Accidents de la méthode

Si on observe toutes les précautions nécessaires, la méthode ne présente aucun danger.

1. — La piqure d'un gros vaisseau est reconnaissable par le sang qui passe dans la seringue en aspirant.

2. — La pénétration dans le trou de conjugaison donne issue à du liquide céphalo-rachidien.

3. — La piqure de la plèvre est possible. Elle est sans danger, ne provoquant qu'une douleur passagère à la respiration profonde. Le pneumothorax est exceptionnel.

4. — La piqûre d'une racine rachidienne réveille une vive douleur mais habituellement passagère. Elle s'accompagne rarement de troubles paralytiques.

5° Les malaises généraux: vertiges, nausées, dyspnée, céphalée, sueurs, congestion du visage, sécheresse de la bouche, apparaissent parfois sous l'action de la solution anesthésique mal tolérée. En général, ils disparaissent rapidement.

*Indications et résultats de la méthode
dans le traitement du mégacôlon*

L'infiltration splanchnique peut être utilisée comme test pré-opératoire avant la section du nerf. L'action de cette méthode est transitoire, mais on peut l'utiliser comme curative, à condition de la répéter à quelques jours d'intervalle et à diverses reprises. A la longue, elle peut créer des modifications persistantes de la longueur et du calibre du côlon, par une sorte de rééducation des fibres musculaires et nous avons notre observation n° I qui est un exemple de la réussite de ce mode de traitement.



XI. — OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Nous devons cette observation à l'obligeance de M. le Professeur BOUDET, président de notre thèse.

Enfant de 7 ans, entre dans le service des maladies infantiles de M. le Professeur BOUDET. Cet enfant se plaignait de constipation depuis longtemps, est ballonné depuis la naissance, mais le ventre a augmenté de volume quelques mois avant sa rentrée dans le service.

Comme antécédents, il a eu la rougeole et il n'a aucun antécédent d'ordre familial.

A l'examen clinique, on constate un météorisme abdominal très important (circonférence de l'abdomen passant par l'ombilic, 65 centimètres). La paroi abdominale est très mince, sur laquelle se dessinent des anses coliques très dilatées. On constate aussi une légère circulation sous-cutanée abdominale.

Le petit malade a des gaz fréquents, qui arrivent par crises, et il ne va pas à la selle, si ce n'est après un lavement. Le toucher rectal provoque des évacuations importante. A la palpation, on ne constate pas de douleurs, la matité hépatique est diminuée et la rate est non perceptible.

A l'auscultation, le rythme du cœur est normal et on entend un petit souffle systolique à la base d'origine anorganique. A l'examen des autres appareils, il n'y a rien à signaler (système nerveux normal, gorge normale).

L'examen radiographique, pratiqué sans préparation, donne des images hydro-aériques extrêmement importantes, rejetées à la partie supérieure de l'abdomen et répondant de la dilatation des segments coliques.

Examen de laboratoire: urines acides, avec 12 gr. 80 d'urée par litre et traces légères d'albumine, pas de glucose. Cuti-réaction positive.

D'après l'examen clinique et les constatations radiologiques, on a porté le diagnostic de mégacôlon.

Le 18 mai, on a pratiqué une infiltration à la syncaïne (6 cc.) du splanchnique gauche; douleurs dans les jambes au cours de l'infiltration, douleurs abdominales avec envie d'aller à la selle, mais pas d'émission de selles. Le toucher rectal provoque une évacuation importante. On a continué le traitement de l'enfant pendant la période comprise entre le 18 mai et le 14 décembre, par l'infiltration et par des lavements huileux.

Le 15 décembre, l'enfant quitte l'hôpital.

Le 17 décembre, il rentre dans le service avec une constipation et un gros ventre. Alors, on a pratiqué une infiltration du sympathique gauche et un lavement.

Le 27 janvier 1943, infiltration du splanchnique gauche par la syncaïne.

Le 8 février, infiltration du splanchnique gauche, et l'enfant sort du service avec une amélioration considérable, constatée par l'examen radiologique: le calibre du côlon a diminué de moitié et les troubles fonctionnels ont disparu.

L'enfant doit revenir en consultation tous les deux mois.

OBSERVATION II

(P. LETONDAL, in *Arch. de Méd. des Enfants*, janv. 1924)

Otto F., cinq semaines, entre à la Clinique infantile de Lausanne, le 19 juin 1923, pour constipation et gros ventre tympanique.

L'interrogatoire de la mère nous fournit des renseignements suivants: père en bonne santé, mère bien portante, n'a jamais eu de fausse couche, aurait perdu un enfant à douze jours, à la suite d'une maladie inconnue. Elle n'a qu'un seul enfant, le petit malade. celui-ci est né à terme, à la suite d'un accouchement normal. Nourri au sein jusqu'à son entrée à l'hôpital, à raison de huit tétées par 24 heures, d'environ 50 à 60 grammes chacune.

L'enfant a dû être séparé de sa mère et mis au biberon à cause de l'impossibilité matérielle où nous étions de garder la mère à l'hôpital et des soins spéciaux indispensables à donner au bébé.

La maladie actuelle remonte à la naissance et a eu comme première manifestation un retard marqué dans l'évacuation du méconium. Celui-ci, en effet, ne fut rendu que le troisième jour. Puis, une constipation invincible se serait installée, l'enfant ne pouvait absolument pas aller à la selle sans laxatifs ou lavements. La défé-

cation est difficile, pénible, et les matières rendues sont extrêmement fétides.

Dès le troisième jour, les parents ont remarqué une augmentation de volume du ventre; cette distension abdominale ne fit qu'augmenter progressivement jusqu'au moment de l'hospitalisation. Au surplus, durant les premiers quinze jours, l'enfant aurait présenté quelques vomissements.

L'examen objectif, fait le 19 juin 1923, à l'entrée dans la Clinique, révèle une température de 36°5, un poids de 3 kilg. 150, une taille de 50 centimètres. Enfant pâle, d'apparence chétive, tétant mal et s'endormant volontiers à la bouteille. Le pannicule adipeux a disparu complètement au tronc, incomplètement aux membres, mais est tout à fait conservé à la face. Pas de signes de déshydratation, la grande fontanelle n'est pas déprimée et le pli, déterminé par le pincement de la peau, au niveau du ventre, ne persiste pas.

Les muqueuses sont pâles, les muscles en état d'hypotonie et de flaccidité. Rien à la gorge. Thorax étroit à sa partie supérieure, évasé, élargi dans sa portion inférieure, au point que la direction des côtes à ce niveau est plus horizontale qu'oblique.

L'examen du cœur et du poumon ne révèle rien de particulier. Par contre, l'abdomen attire immédiatement l'attention par son énorme distension. La circonférence abdominale est de 43 centimètres dans la région sus-ombilicale. Tympanisme très marqué, paroi très tendue, mais rien de perceptible à la palpation. En présence d'un pareil tableau clinique, on songe à la possibilité de mégacôlon et on soumet l'enfant à un premier examen aux rayons X. On aperçoit alors, sur l'écran, au niveau de l'abdomen, de larges espaces clairs, dessinant les contours d'un côlon anormalement dilaté. Le lendemain, l'enfant est soumis à une seconde radiographie après ingestion d'une bouillie de bismuth (une demi-cuillerée à soupe de poudre de sous-nitrate de bismuth dans 100 grammes d'eau). L'estomac apparaît sous une forme et une situation normales. Evacuation normale. Cinq heures après, la bouillie bismuthée a teint l'ampoule rectale et l'on voit nettement tout le gros intestin dilaté; la partie du transverse présente une ectasie beaucoup plus marquée que la partie ascendante et descendante du côlon. Nulle part on ne voit de points rétrécis. La possibilité d'un mégacôlon idiopathique se transforme en certitude et l'on fait une radiographie.

Le 21 juin, après lavement au bismuth, celui-ci est pratiqué; comme nous l'avions constaté antérieurement, c'est sur le côlon transverse que portait surtout la dilatation. Toutefois, au niveau de la portion descendante du côlon, on constate une partie rétrécie, de la grosseur d'un petit doigt et longue de 3 centimètres environ.

Cette portion rétrécie n'est point un rétrécissement, mais « la disposition normale du côlon descendant toujours contracté, revenu sur lui-même » (QUÉNU), comme le prouve d'ailleurs la traversée au bismuth qui se fait sans incidents, sans retard.

Il n'y a aucun obstacle mécanique au cours des matières. Il s'agit donc d'un cas de vraie maladie de Hirschsprung, ayant débuté dès la naissance.

A son entrée dans le service, l'enfant reçoit, comme alimentation, 50 grammes de lait, 50 grammes d'eau, un morceau de sucre par repas et huit repas par 24 heures ; le lendemain, on prescrit des lavements quotidiens à l'eau bouillie pure.

22 juin, apparition d'un œdème au niveau des malléoles et du scrotum. Œdème et circulation collatérale de la paroi abdominale. Présence de sang dans les selles (réaction à la benzidine).

Du 24 juin au 1^{er} juillet: réaction de Bordet-Wassermann négative chez la mère et chez l'enfant. Sang dans les selles.

Du 1^{er} au 14 juillet, l'enfant maigrit beaucoup, mais le pannicule adipeux est encore conservé à la face. Le sang est toujours décelé dans les selles par la réaction à la benzidine. Le côlon transverse se dessine nettement à travers la paroi abdominale, on voit la reptation sous-pariétale des anses intestinales. On peut même parfaitement saisir, entre ses doigts, le côlon transverse énormément dilaté.

Du 14 au 24 juillet, le malade commence à faire de l'hypothermie, le poids baisse de plus en plus. Apparition de l'athrepsie. La disparition du pannicule adipeux à la face est considérable et le malade, dans son ensemble, a véritablement l'aspect classique du "petit vieux" (PARROT). On ne constate plus de sang dans les selles par la réaction de la benzidine.

Du 24 au 28 juillet, l'enfant est extrêmement pâle. Son ventre énorme contraste avec son amaigrissement. Le poids, qui était de 3 kilg. 150 à l'entrée, n'est plus que de 2 kilg. 560. Les forces diminuent, l'appétit est nul. On parle d'excitus à brève échéance.

29 juillet: la maladie s'aggrave de plus en plus et, finalement, emporte le petit malade dans la matinée du 29 juillet.

L'autopsie est pratiquée le 30 juillet. Nous nous bornerons à signaler les seuls faits intéressants.

A l'ouverture du péritoine, les anses intestinales se présentent très ballonnées. Le côlon transverse est énorme. Il occupe toute la partie supérieure de l'abdomen, jusque dans la région de l'ombilic. Le foie est caché par le rebord costal et le côlon. La rate n'est pas visible. L'estomac est augmenté de volume. Le diaphragme remonte, à droite, au troisième espace; à gauche, au quatrième espace.

L'estomac, dilaté, contient un liquide jaunâtre. Muqueuse lisse et grisâtre, pylore perméable.

Duodénum teinté en jaune, sans lésion. Le jéjunum présente une muqueuse plissée, mais l'examen de la paroi n'offre rien de particulier.

L'iléon est dilaté, sa paroi est très mince, presque transparente, la muqueuse est intacte.

Colon, surtout le côlon transverse, extrêmement dilaté, et, fait important à souligner, nulle part il est possible de constater un obstacle quelconque au cours des matières. La muqueuse est, sur tout le trajet du côlon, intacte. Les mensurations faites sur les différentes parties de l'intestin ne permettent pas de conclure à un allongement, et l'examen microscopique des parois de l'intestin, non seulement ne décèle aucune lésion, mais montre nettement qu'il n'existe aucun degré d'hypertrophie.

OBSERVATION III

(HALLEZ et BLECHMANN, *in Arch. de Méd. des Enfants*, 1921, p. 484)

K... Maurice, 3 ans et demi. Premier examen, 23 décembre 1920. Dolichocolie avec constipation tardive. Antécédents: Premier enfant, né à terme, pesant 3 kilg. 500. Accouchement normal. Ictère du nouveau-né. Nourri à sein jusqu'à huit mois. Croissance et développement normaux, première dent à cinq mois. A marché à treize mois. Aucun trouble digestif à signaler, en particulier pas de constipation. L'abdomen était normal, non météorisé. Parents bien portants, pas d'autres enfants, pas de fausse couche.

L'enfant a toujours été bien portant jusqu'à ces derniers deux mois. Depuis deux mois, il a maigri, il est pâle, une constipation opiniâtre a succédé à une constipation d'abord fréquente, non habituelle. Le volume du ventre a augmenté progressivement. Les parents amènent le malade à la consultation, à cause du volume considérable de l'abdomen et d'une constipation que rien ne permet de combattre.

23 décembre 1920: le malade a le teint pâle, grisâtre, sans décoloration des muqueuses. Il n'y a pas trace d'ictère. L'abdomen est gros, saillant en avant, sans modification de la peau; pas d'œdème ni de circulation veineuse collatérale, pas de déplissement de la cicatrice ombilicale. La percussion met en évidence un tympanisme marqué, sans matité des flancs ni ascite. On ne peut percuter le foie ou la rate, à cause de ce météorisme étendu et surtout apparent sous le trajet du gros intestin. On n'aperçoit pas de mouvements péristaltiques sous la paroi.

Circonférence au niveau de l'ombilic: 62 centimètres. Les faus-

ses côtes sont refoulées vers le haut: la base du thorax est évasée. Auscultation du cœur et des poumons normale.

Aucun stigmat de syphilis héréditaire. L'enfant se plaint de coliques violentes et fréquentes, en particulier au voisinage de l'ombilic.

Il ne peut aller à la salle spontanément; depuis trois semaines environ, on est obligé de recourir à des lavements, encore les fèces ne sont-elles constituées que par des matières dures, évacuées en petite quantité, en même temps que des gaz nombreux. Ni muco-membranes, ni de sang dans les selles. Jamais de débâcles diarrhéiques.

Un examen radiologique, dû à l'obligeance du Docteur MAINGO', donne les résultats suivants:

1. — *Thorax*: normal, sinus costo-diaphragmatique sans défaut.
2. — *Abdomen*: aéro-entrie constituée par une multitude de plages claires: au bas de certaines d'entre elles, il y a des niveaux horizontaux et fluctuants.

Un lavement opaque met en présence d'une énorme dilatation du côlon avec allongement du côlon pelvien.

Un cliché est impressionné au moment où le lavement va franchir l'angle splénique et pénétrer dans le colon transverse. La quantité de liquide injectée fait qu'on ne perçoit pas davantage la distension de l'intestin.

27 décembre 1920: M. MARFAN conseille de prendre tous les matins, à jeun, un demi-verre d'eau bouillie, dans lequel on aura fait dissoudre le contenu d'un des paquets suivants:

Sulfate de soude	0 gr. 50
Phosphate de soude	0 gr. 20
Bicarbonate de soude	0 gr. 30
pour un paquet n° 24.	

Application de compresses très chaudes sur l'abdomen. Donner tous les jours un lavement d'huile, 150 grammes.

14 janvier 1921: le malade ne souffre plus. Les lavements permettent l'évacuation de fèces plus abondantes et de façon quotidienne.

Circonférence abdominale à l'ombilic: 48 centimètres.

17 février 1921: depuis un mois, on a remplacé les lavements huileux par l'huile de vaseline en ingestion: 2 cuillerées à dessert par 24 heures. Depuis lors, le malade va à la selle tous les jours ou tous les deux jours spontanément. Pas de ballonnement du ventre, aucune crise douloureuse, l'enfant est gai et mange avec appétit. Il a augmenté de 900 grammes depuis six semaines. Pas de modification de la circonférence abdominale.

10 mars 1921: poids 14 kilogs. Depuis huit jours environ, l'enfant a pris irrégulièrement et en petites quantités de l'huile de vaseline. Les selles ne sont plus quotidiennes, sans qu'on ne soit néanmoins obligé de recourir aux lavements. Il se passe fréquemment 48 heures entre chaque garde-robe. Les matières fécales sont plus grosses, parfois recouvertes d'un peu de sang rouge, lorsque la défécation a été pénible. Cependant, pas de météorisme abdominal. Pas de coliques, l'enfant ne se plaint pas.

On conseille de donner régulièrement de l'huile de vaseline chaque matin.

En mai 1925, l'enfant est revu par M. MARFAN et M. HALLEZ, à l'Hospice des Enfants assistés; il ne présente ni constipation ni gros ventre. Il semble qu'on doive parler de guérison en pareil cas.

OBSERVATION IV

(LARDEMOIS, *in Soc. de Chir.*, 7 mai 1924, d'après P. LETONDAL,

Thèse de Paris, 1925, 385)

Ce jeune homme de quinze ans que je vous présente était atteint, il y a quatre ans, d'un énorme mégadolichocôlon.

Je ne parle pas d'une dilatation ou d'un allongement modérés plus ou moins exagérés par le lavement baryté, au moment de l'examen radiologique, mais d'une distension poussée à l'extrême, qui lui déformait tout l'abdomen et le thorax.

A ce moment, en 1920, il était de petite taille et plutôt chétif; son périmètre abdominal mesurait 78 centimètres. La base du thorax était fortement évasée sous l'influence du balonnement abdominal. La respiration était courte, l'aérophagie manifeste, le cœur refoulé.

A l'examen du ventre, on sentait, à la partie haute du côlon gauche, une masse allongée, du diamètre de deux poings qui avait été considérée par un médecin comme une tumeur du rein et qui n'était autre chose qu'un volumineux coprome. Au-dessous, le côlon iliaque, distendu, était de consistance plus molle et gonflé de gaz et de boue liquide.

Les ondes péristaltiques habituelles au mégacôlon n'étaient pas continuelles. Elles s'accompagnaient de brèves coliques. La mère de l'enfant expliquait que sa constipation datait de l'enfance, extrêmement rebelle.

Au moment où je le vois, l'enfant, malgré tous les purgatifs et lavements répétés, n'évacuait plus son intestin que très irréguliè-

rement. Souvent, la vidange se faisait en quelque sorte par regorgement. Dans un mouvement brusque, en courant, l'enfant laissait tomber dans ses vêtements une quantité déconcertante de matières boueuses, brues, d'odeur fermentée.

La quantité de gaz expulsé par l'enfant était considérable. La répétition et le fracas de ces expulsions étaient le thème inépuisable des plaisanteries de ses frères. Cependant, sa santé s'altérait, l'appétit était tombé, encore que les vomissements fussent exceptionnels.

L'examen radiologique, pratiqué par AUBOURG, montrait l'extrême développement du mégadolichocôlon. Comme vous pouvez le voir sur les clichés que voici, un litre de solution barytée était encore tout entier dans le côlon après 90 heures et il fallait huit jours de purgation et de lavements pour le faire disparaître.

La mère avait demandé plusieurs avis médicaux et chirurgicaux, et la conclusion adoptée était qu'une colectomie s'imposait.

En l'examinant, par le toucher rectal, j'ai constaté de toute évidence la présence d'une contracture permanente d'un muscle releveur de l'anus, exagérément développé comme hauteur et comme puissance.

J'eus l'impression que cette hypertrophie anatomique et fonctionnelle du muscle releveur pouvait être la cause déterminante de la stase et de la distension progressive.

L'aérophagie habituelle des constipés crée une aéroliie excessive étant le deuxième facteur étiologique à incriminer.

Je conseille donc d'essayer une dilatation du canal ano-rectal sous anesthésie générale.

Elle fut pratiquée le 2 février 1920 et suivie d'une simple rééducation intestinale à l'aide de paraffine, eau de Bourget et un peu de bile. Ce résultat dépassa mes espérances.

L'enfant qui, jusque-là, était obligé de se livrer à des longs et pénibles efforts pour s'exonérer, put se débarrasser facilement et régulièrement. Il avait, six mois après, perdu 13 centimètres de tour de taille et pris 7 kilos.

J'ai cru pouvoir pratiquer une deuxième dilatation en septembre 1921 pour assouplir encore le releveur.

Depuis, l'état est entièrement satisfaisant. Ce jeune homme est interne dans un collège, au régime ordinaire. Il a régulièrement deux selles par jour, sans prendre aucun adjuvant qu'un peu de paraffine. Son appétit est normal. Son ventre, après quatre ans, a un aspect qui ne permet plus d'imaginer la distension dans laquelle il s'est trouvé durant des années.

On peut dire que cet enfant est très amélioré, suffisamment pour qu'on puisse parler de guérison.

C'est également l'avis d'AUBORG, qui a vu le transit se faire entre 48 et 54 heures. Le volume du côlon pelvien est déjà réduit de deux tiers. En raison de l'accroissement corporel du jeune homme, la diminution est relativement beaucoup plus marquée.

Cette observation montre qu'il est des mégacôlons qui se développent sous l'influence d'une contraction du releveur anal hypertrophié.

Chez l'enfant, sa suppression peut suffire à permettre la guérison. Lorsque le mégacôlon est plus développé, que le sujet est plus âgé et qu'une résection colique est indispensable, la levée d'un tel obstacle, s'il existe, ne doit pas être négligée. C'est une condition de sécurité post-opératoire et une assurance nécessaire contre la récurrence.

OBSERVATION V

(L. VELASCO BLANCS, in COMBY, *Arch de Méd. des Enfants*

juillet 1924, p. 429)

Fille de 12 ans, vue le 20 juillet 1922, unique, de mère arriérée, sans goître, sans fausse couche. A cinq an, retard physique et intellectuel, ne parle presque pas, constipation opiniâtre. Aspect de crétin, taille de 0 m. 98 au lieu de 1 m. 36, facies sans expression, brachycéphalie, cheveux rares, nez déprimé, grosses lèvres, cou court, thyroïde kystique. Pouls à 80. Ventre énorme (0 m. 65), tympanique, indolore, mouvement péristaltiques à gauche. Appétit diminué, pas de selles depuis cinq jours, extraction digitale d'un bol fécal suivie de débâcle. Membres brefs, aspect pachydermique, peau sèche et froide, cyanose légère, mouvements lents.

L'examen radiographique, pratiqué par le Docteur JULIO DIAZ, dans le service de VINAS, montre une énorme dilatation du gros intestin, surtout de l'S iliaque.

Donc, mégacôlon chez un crétin. L'absence de renseignements ne permet pas de dire si le mégacôlon est congénital ou acquis. L'auteur incline vers cette dernière hypothèse, la constipation produite par l'hypothyroïdisme ayant pu amener la dilatation du côlon.

Traitement opothérapique (thyroïde et hypophyse) pendant les deux mois d'hospitalisation, l'enfant s'est amélioré intellectuellement et physiquement, le ventre a diminué de 5 centimètres, les

selles se font spontanément. Sans doute, on ne saurait parler de guérison, mais peut-on songer en pareil cas à une intervention chirurgicale? Nous ne le pensons pas plus que notre distingué confrère argentin.

OBSERVATION VI

(HIRSCHSPRUNG, *in* GANJOUX, *Arch. de Méd. des Enf.*, 1908)

Enfant de 3 jours. Pâs d'évacuation depuis la naissance. Abdomen distendu. L'introduction du doigt dans l'anus amène l'évacuation du méconium. Constipation continue. Abdomen ditedu. On voit sous la paroi les anses intestinales onduler péristaltiquement. L'état général décline. Mort à deux mois et demi.

OBSERVATION VII

(HIRSCHSPRUNG, *in* GANJOUX, *id.*)

Enfant de 6 mois. Constipation opiniâtre depuis la naissance. Dilatation énorme du côlon qui nécessite la ponction de l'intestin. Mort à 7 mois.

Autopsie. — Dilatation et hypertrophie de tout le côlon. Pas de sténose. Ulcérations muqueuses.

OBSERVATION VIII

(VON AMMON, *in* GANJOUX, *id.*)

Fœtus de 7 mois.

Autopsie. — Dilatations multiples du gros intestin; la dilatation principale occupait le rectum qui, par distension, avait pris la forme d'une vaste vessie.

OBSERVATION IX

(WALKER and GRIFFITHS, *id.*)

Enfant de 11 ans. A la naissance, enfant normal. *Selles d'abord régulières.* Mais tuméfaction progressive du ventre en même temps

que survient la constipation, d'ailleurs vaincue par les purgatifs ou morceau de savon dans l'anus. Mort brusque tandis que l'on lui donnait un purgatif.

Autopsie. — Côlon transverse et descendant très volumineux (23 pouces de circonférence), le diaphragme était tellement repoussé que son dôme était à peine à deux pouces et demi de la fourchette sternale.

Le commencement du cæcum et la fin de l'anse sigmoïde étaient normaux. Calibre normal. Intestin normal.

Examen microscopique. — Muqueuse du côlon distendue et épaissie, par suite d'une inflammation chronique. Les cryptes glandulaires ont, en grande partie, disparu. Hypertrophie très nette des couches musculaires longitudinales et circulaires.

OBSERVATION X

(HICKENS, *in* GAUJOUX, *id.*)

Enfant de 2 ans, « constipé depuis le jour de sa naissance jusqu'au jour de sa mort ». Abdomen progressivement dilaté. Mort subite.

Autopsie. — Abdomen énorme. Côlon pelvien extrêmement distendu et allongé: 57 centimètres de long, 35 centimètres de circonférence minima. Parois très hypertrophiées. Pas de sténose.

OBSERVATION XI

(MARFAN, *in* GAUJOUX, *id.*)

Enfant de 3 ans. Née à terme, a été élevée au biberon. A mis sa première dent à un an, n'a marché qu'à vingt et un mois. Depuis sa naissance, est constipée et on a toujours été obligé d'user de moyens artificiels pour provoquer des évacuations. Poussée d'obstruction. Etat général grave. Météorisme extrêmement prononcé. Dans la flanc gauche, on sent une masse dure, du volume d'un poing. Traitement approprié. Série d'évacuations diarrhéiques. Un an après, nouvelle poussée d'occlusion avec surdistension abdominale. On sent, par le toucher, dans l'ampoule rectale très dilatée, une masse fécale dure comme une pierre, grosse comme une mandarine. Curage digital. Lavements électriques. Au troisième, l'enfant rend un sycable, véritable pierre noirâtre, d'aspect truffé. Le lendemain, le ventre s'affaisse, et, progressivement, évacuations spontanées.

OBSERVATION XII

(DE RICHEMOND, *in* GAUJOUX, *id.*)

Enfant de deux ans et demi. Ventre extrêmement distendu dès la naissance. Les évacuations fécales ont été, dès la naissance, rares et difficiles, malgré des nombreux purgatifs et irrigations intestinales. Néanmoins, l'enfant se développe normalement. Abdomen pourtant normal. De temps en temps, l'enfant se couche à plat ventre, se faisant ainsi un massage forcé de l'intestin qui lui fait évacuer des gaz par la bouche et l'anus. A la suite de ce massage, le ventre reprend son volume normal mais ne tarde pas à redevenir énorme. Circonférence: 82 centimètres au-dessus de l'ombilic. Les matières fécales sont rejetées avec assez de facilité. Une sonde longue, introduite dans le rectum, n'amène l'évacuation d'aucun gaz. La radiographie montre un obstacle dans la fosse iliaque.

CONCLUSIONS

En terminant ce travail, nous voulons insister sur le fait que le mégacôlon est une maladie à évolution essentiellement chronique et qui se fait en poussées avec des rémissions entre les crises. Dans les cas graves et avancés, si le malade n'est pas emporté par une maladie intercurrente, reste un véritable infirme.

Heureusement, avec l'infiltration du sympathique, on est parvenu à changer le pronostic de la maladie et, sinon de guérir le malade, d'obtenir une amélioration considérable. Cette méthode de traitement par l'infiltration du sympathique présente des avantages sérieux. Peu choquante, d'un emploi facile, d'une technique extrêmement simple, ne présentant aucun danger, à condition qu'on observe les précautions nécessaires.



XII. — BIBLIOGRAPHIE

- ADSON. — Indications for operations of the sympathetic nervous syst. (*J. Amer. Med. Ass.*, 1936, 106, p. 360).
- Indications for and results obtained by sympathectomy by Hirschsprung disease. (*Surg. Gyn. and Obst.*, juin 1937, vol. I).
- ANESET. — Pseudo-mégacôlon. Opération. Mort immédiate. *Pédiatrie Pratique*, xxi, 1924, n° 30, 25 oct., p. 268).
- BAR. — Un cas de mégacôlon chez un enfant de 5 mois. *Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, 1916).
- BARBOCCI et MOGGI. — Un cas de mégacôlon et mégasigmoïde. (*Radiol. Méd.*, décembre 1927, n° 12, p. 1001).
- BELLE. — Sur un cas de volvulus de l'S iliaque avec mégacôlon congénital chez un enfant. (*Thèse Bordeaux*, 1920-21).
- BENSAUDE. — *Nouveau Traité de Médecine*, t. xiv, p. 525.
- BENSAUDE, CAIN, LAYAME. — Un cas de maladie de Hirschsprung post-encéphalique à symptomatologie gastrique prédominante (*Arch. de Mal. de l'App. Dig. et de la Nutr.*, xviii, 1928, n° 1, janvier, p. 4).
- BENSAUDE, GILLARD et BONNEAUX. — Sur le syndrome de Hirschsprung ou mégacôlon (à propos de deux observations chez l'adulte) [*Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1911].
- BENSAUDE et HILLEMARD. — Maladie de Hirschsprung, mégacôlon et mégasigmoïde. (*Mol. de l'Intest.*, sér. 13, 1922, p. 148).
- BENSAUDE et MONOD. — Le dolicho-sigmoïde (*Ann. de Méd.*, 1930, t. xxvii).
- BENSAUDE et SORREL. — Six cas de mégacôlon: examen radiologique et rectoscopique; considérations thérapeutiques. (*Arch. de l'App. Dig. et Nut.*, 1914).
- BERGÉ, CHEVRIER, LEFÈVRE. — Cas de mégacôlon énorme d'origine congénitale. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 1924, n° 25, p. 1111).
- BRENNEMANN. — Simple congénital ano-rectal stricture of megacolon in early infancy. Raport of 6 cases. (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, LXXXIX, n° 9, 27 août 1927, p. 662).

- BRESSON. — Contribution à l'étude du traitement du volvulus, consécutif au dolichocôlon pelvien. (*Thèse Montpellier*, 1943).
- BROHÉE. — Un cas de mégacôlon gauche (*Journ. de Chir. des Ann. de Soc. Belge de Chir.*, 1925, n° 4, p. 150).
- BROGLIO. — Megacolone, magaretere congenitii. (*Riforma Med.*, XLIII, juin 1927, n° 23, p. 535).
- BUTTERSACK. — Ueber familiares Vorkommen der Hirschsprungen Krankheit. (*Münch. Med. Wochschr.*, LXXIV, décembre 1927, n° 38, p. 1626).
- CERNE et DELAZORGE. — Maladie de Hirschsprung. (*Normandie Méd.*, 1908).
- CULAN. — Le mégacôlon congénital. (*Thèse Paris*, 1910).
- CUVEREAU. — De l'infiltration anesthésique du splanchnique et du sympathique lombaire dans le méga et dolichocôlon. (*Thèse Lyon*, 1941).
- DELORE et GAILLARD. — Mégacôlon. Colectomie totale. (*Lyon Méd.*, CXXX, 1921).
- DUBOIS. — Mégacôlon ou maladie de Hirschsprung. (*Scalpel*, Liège, 1913-1914).
- DUVAL. — Traitement du mégacôlon, résultats opératoires, étude critique. (*Rev. de Chir.*, 1909).
- ELBIM. — Les possibilités de la chirurgie au cas du mégacôlon non compliqué. (*In Feuilles du Praticien, Intestin, Mésentère*, juillet 1939).
- FABRE et PARREL. — Maladie de Hirschsprung. (*Norm. Méd.*, 1908).
- FICLER. — Consideratiuni asupra, unui caz de maladia lui Hirschsprung (*Spitalul*, xlv, juin 1925, n° 6, p. 229).
- FLINT. — A case of megacolon. (*British Med. Journ.*, février 1922, n° 3191, p. 310).
- GATELIER et MERLE D'AUBIGNÉ. — A propos du traitement du mégacôlon par les opérations sympathiques. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig.*, 1935).
- GAUDART D'ALLAINE. — Deux cas de volvulus du côlon pelvien traité par la résection immédiate. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, LIII, mars 1927, n° 19, p. 327).
- GRAVES. — Congenital idiopathic dilatation of colon of Hirschsprung's disease. (*Annl. of Surg., Philadelphia*, 1918, n° 6, p. 734).
- GRÉGOIRE et DUVAL. — Deux cas de mégacôlon traités par la colectomie. (*Bull. Soc. de Chir.*, janv. 1913).
- GRIFFAULT. — Contribution au traitement chirurgical du mégacôlon sigmoïdien. (*Thèse Montpellier* 1925).
- HALLEZ et BLECHMANN. — Syndrome de Hirschsprung apparaissant chez un enfant de 3 ans et demi. (*Arch. de Méd. des Mal. des Enfants*, 15 mai 1921).

- HOEFER et WITTGENSTEIN. — Zur Pathogenese und interner Therapie der Hirschsprung'schen Krankheit (*Berliner Klin. Wechschr.*, LVIII, juillet 1921, n° 28, p. 771).
- JAYLE. — La dilatation idiopathique du côlon observé au XVI^e siècle. (*Presse Médicale*, 1909).
- JUDD et THOMPSON. — Analysis of 65 cases of megacolon. (*Trin-sota Med.*, july 1928).
- KAPPIS. — Sympathektomie bei Hirschsprung. (*Arch. Klin. Chir.*, 1921).
- KERR. — The radical treatment of Hirschsprung's disease. (*South M. J.*, 1925, p. 290).
- LABBÉ et SAINT-AIZIÈRE. — Mégacôlon congénital chez un enfant de 5 ans. (*Bull. Soc. de Péd. de Paris*, XXII, nov. 1924, n° 8, p. 387).
- LAPOINTE. — Mégacôlon congénital de dimensions considérables. (*Bull. Soc. de Péd. de Paris*, XXII, nov. 1924, n° 8, p. 379).
- LEFÈVRE. — Constipation chronique par mégacôlon sigmoïdien. (*Gaz. Hebd. des Soc. Méd. de Bordeaux*, juill. 1925, p. 439).
- LERICHE. — Sympathectomie pour mégacôlon avec dolichocôlon. (*Lyon Chirg.*, 1935).
- De la section du splanchnique dans le mégacôlon non compliqué, avec ou sans dolichocôlon. (*Presse Méd.*, 22 déc. 1937).
- Neuro-chirurgie sympathique du côlon. (*Soc. Belge de Chir.*, Liège, juin 1939).
- Résultats du traitement du méga et dolichocôlon d'après 25 opérations. (*Presse Médicale*, 28 janvier 1941).
- LERICHE et DE JUNG. — Sympathectomie et section du splanchnique pour méga et dolichocôlon. Résultats de 11 mois. (*Bull. Soc. de Pédiatr.*, mars 1938).
- LETONDAL. — Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant. (*Thèse Paris*, 1925).
- MALLET-GUY, CUVEREAUX et MARION. — Infiltration lombaire, sympathectomie lombaire et splanchnicectomie dans le méga et dolichocôlon. (*J. de Chir.*, 1941-42, n° 3).
- MARFAN. — Affections du tube digestif du premier âge. (Masson, 1927).
- MONNIER. — Du traitement du mégacôlon congénital. (*Schweiz. Med. Wochschr.*, janvier 1924, n° 2, p. 63).
- MOREAU. — Examen radiologique d'un congénital mégacôlon. (*Arch. d'Electr. Méd.*, XXXV, oct. 1927, n° 530, p. 397).
- MURIQUAND et BERNHEIM. — Mégacôlon idiopathique chez un enfant. (*Lyon Méd.*, 5 déc. 1926).
- MOURA. — Le mégacôlon. *Thèse, Rio-de-Janeiro*, 1926).
- OKINCZYC. — Sur le volvulus de l'S iliaque. (*Bull. et Mém. Soc. Chirg.*, 1921, p. 29).

- PAES DE CARVALHO. — Mégacôlon (Rio-de-Janeiro, 1926).
- PASSLER. — Di enurochirurgische Behandlung des Meakon. (*Zbl. f. Chir.*, 1939, 16-22 avril).
- PÉHU et GAILLARD. — Sur deux cas de mégacôlon chez l'enfant. (*Lyon Méd.*, LVI, fév. 1924, n° 5, p. 149).
- ROHMER, VALETTE, BOPPE. — Le mégacôlon et le dolichocôlon. (*X^e Congrès de Péd. de Langues Franç.*, oct. 1938).
- SEILLE. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du mégacôlon. (*Thèse Paris*, 1929).
- VASSILAROS. — Traitement neuro-chirurgical du mégacôlon idio-pathique. (*Thèse Strasbourg*, 1939).
-

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

*Contribution à l'étude du mégacô-
lon chez l'enfant.*

Fahim GHALY SOLIMAN.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 6 mars 1944.

Le Professeur,
BOUDET.

Vu:

Montpellier, le 5 mars 1944.

Le Doyen,
GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 7 mars 1944.

Le Recteur,
BOUSSAGOL.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées
comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approba-
tion, ni improbation.

